



TITLE:

# 上部尿路に圧排像を来たした腸間膜囊腫の1例

AUTHOR(S):

高橋, 陽一

---

CITATION:

高橋, 陽一. 上部尿路に圧排像を来たした腸間膜囊腫の1例. 泌尿器科紀要 1962, 8(2): 129-134

ISSUE DATE:

1962-02

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/112259>

RIGHT:

## 上部尿路に圧排像を来たした腸間膜嚢腫の 1 例

京都大学医学部泌尿器科学教室（主任 稲田 務教授）

助 手 高 橋 陽 一

A CASE OF MESENTERIC CYST CAUSING DISPLACEMENT  
OF THE UPPER URINARY TRACT

Youichi TAKAHASHI

*From the Department of Urology, Faculty of Medicine, Kyoto University  
(Director : Prof. T. Inada)*

This is a case report of mesenteric cyst seen in a 52-year-old female which first clinically simulated retroperitoneal tumor. Displacement of the right upper urinary tract due to extrinsic compression was revealed by excretory and retrograde urography.

Extirpation of the cyst was performed and the patient recovered uneventfully. Histologically this cyst was lined with cubic or cylindrical epithelium.

Some of the literatures on mesenteric cyst with reference to its histogenesis and influences on the urinary tract was reviewed.

腸間膜嚢腫は稀なものとされているが、外科の領域に於いては比較的しばしば報告されている様である。我々は最近上部尿路に圧排偏位像を来たし、後腹膜嚢腫の疑いで開腹し、腸間膜嚢腫であつた 1 例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：白○す○，52才，既婚，女子

初診：昭和35年 8 月29日。

主訴：腹部膨満感及び重圧感。

家族歴：結核（+），悪性腫瘍（+）。

既往歴：20才肺浸潤で加療，33才結核性腹膜炎，37才急性肺炎で加療，44才両側下肢に浮腫を来した。

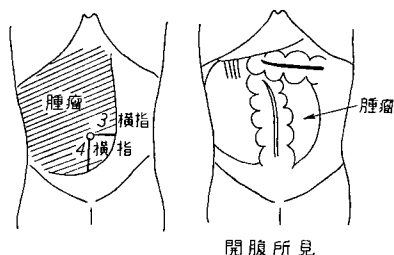
現病歴：昨年暮頃より誘因なく腹部全体に亘る膨満感及び重圧感をきたすようになり，本年春頃より徐々にその程度が強くなつて来た。先月20日頃急に右側上腿部に上から下へ走る神経痛様疼痛を来たし，5日間つづいて軽快した。この時医師の診察を受け，腹部腫瘤を指摘された。最近時々足背部に浮腫を来たす 全身倦怠感あり。食思，良好。睡眠，良好。便通，毎日 1 回。月経，先月よりなし。

入院：昭和35年 9 月21日。

入院時所見：体格中等大，栄養中等度，顔貌正常，

皮膚及び可視粘膜正常，脈搏72，整，緊張良，瞳孔正円，左右等大，対光反射正常，舌湿潤し薄い白苔あり。咽頭及び扁桃異常なし。心音純，心濁音界正常，肺野は聴打診上異常なし。淋巴腺腫脹を認めず 下肢に浮腫を認めず。腱反射正常，異常反射を認めず 脊柱異常なし。

腹部所見：心窩部，臍部より右側腹部にかけ限局性膨隆あり。筋性防禦なし。膨隆に一致し腫瘤を触知した。該腫瘤はほぼ成人頭大，半球状，緊満性弾，波動（+），表面平滑，境界は左側及び下方は明瞭なるも上方は右肋骨弓下に及び，右方は側腹部より腰部におよび，明らかでない（第1図）。又基底より殆んど動



開腹所見

第 1 図

かし得ない。圧痛（-）。腹壁との癒着なく，呼吸性移動はわずかに認められる様に思われる。

## 検査成績：

1. 血液所見：赤血球415万，血色素量90% (Sahli)，色素指数 1.07，白血球数 3700，白血球分画，好中球 63.0% (Ⅰ核 48.5%，Ⅱ核 14.0%，Ⅲ核 0.5%)，好酸球 4.0%，単球 2.0%，淋巴球 31.0%。

赤血球沈降速度，30分—7mm，60分—20mm，120分—44mm。

2. 尿所見：外観，黄色透明，反応酸性，比重 1020，蛋白(—)，糖(—)，ウロビリノーゲン(—)，沈渣，赤(—)，白(—)，上皮細胞(+)，細菌(—)，トリコモナス(+)。

3. 血圧：最高 125mmHg，最低 74mmHg。

4. 膀胱鏡所見：異常なし。

Indigocarmine test (0.4%—2cc, i.v.) 右側，9分まで青染せず 左側，初発 6分54秒，濃染 7分45秒。

5. 腎機能検査：P.S.P.，60分—38%，120分—10%，180分—4%，計52%。生化学，N.P.N. 22.6mg/dl，血清クレアチニン 0.58mg/dl。

6. 肝機能検査：黄疸指数 7，総ビリルビン 1.1，直接ビリルビン 0.4，Co-R<sub>3</sub>，Cd-R<sub>7</sub>，T.T.T. 3。

7. 心電図：異常なし。

8. 婦人科的検査：卵巣卵管に関係せる腫瘤に触れ得ない。陰分泌液中トリコモナス(+)。

9. 穿刺液所見：漿液性，水様透明，比重 1005，リバルタ反応(—)，液量 3254cc。

10. レ線検査：胸部レ線撮影，異常なし。

排泄性胆嚢撮影，異常なし。

胃腸透視，腫瘤は胃腸に無関係(第3図)。胃にポリープあり。

排泄性腎盂撮影，腸が全体に左方へ圧排され，右尿管が側方に偏位している。右腎の輪廓は正常(第4図)。

尿管カテリスマス及び逆行性腎盂撮影，右尿管側方偏位及び右下腎杯の造影欠如あり(第5，6図)。

大動脈撮影，腹部大動脈は左方に圧排されている。

手術時所見：下腹部正中切開にて開腹。両側子宮付属器は全く正常。切開を更に上方に延長して検するに，上行結腸上半部の後方にはほぼ成人頭大，緊満性弾の囊腫を見出し，これを覆う間膜(上行結腸ではあるが一応間膜と称する事にする)。を切開剥離し囊腫をそのまま摘出した(第7，8，9図)。

摘出標本所見：球状，単房性，21×17.5×8.0cm，青白色にて表面を走る血管を透見す。緊満性弾にて波動を証す。内容は漿液性帯黄色透明で，術前15日に穿刺にて3ℓ以上を得たが，なほ 1950cc を得た。比重 1011，Rivalta 氏反応陰性，沈渣中細胞成分なくコレ

ステリン結晶あり。囊腫壁は強靱で羊皮紙様であつた(第10図)。

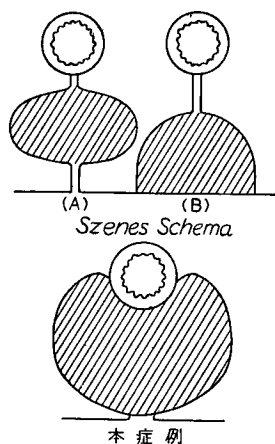
囊腫壁の組織所見：内面は単層の立方～円柱上皮で絨毛を有する。この外層は主に結合組織繊維よりなり，所々に平滑筋がある。血管周囲にリンパ球浸潤が見られる(第11，12，13図)。

診断：腸間膜囊腫 (Enterocystome 乃至泌尿生殖系迷芽由来の囊腫)。

術後経過良好で3週間で全治退院した。

## 考 按

Szenes<sup>1)</sup> は腸間膜腫瘍と後腹膜腫瘍を第2図の如く分類している。本症例では，囊腫は上行結腸上部の後方に存在したので前者に分類す



第 2 図

るのは躊躇されたが，第2図に示す如く(1)囊腫はその殆んど全周を腹膜で覆われ，(2)比較的細い茎部を有する状態であつたので，一応腸間膜囊腫に入れた。しかし後腹膜腫瘍としての性格もあり，本症例は移行型と考えるのが妥当であろう。

## 統計的事項

本囊腫の頻度について Judd<sup>2)</sup> は Mayo clinic の 82 万人の入院患者中 8 例で，10 万人に 1 例以下と述べている。Herbig<sup>3)</sup> は 1954 年にすでに文献上 600~700 例を算する，と述べているが，本邦報告例では，松尾<sup>4)</sup> が大正12年昭和9年に至る15例を，最近では葛西・平野<sup>5)</sup> が1934~58年(昭和9~33年)に至る68例を集計している。年令別に見るといづれの集計でも1~10才に多く発見されている。男女別にみ

ると、従来の外国文献では女性に多いとされていたが、葛西・平野によれば、我国では、男子にやや多く見出されている。なお Warfield によれば、腸間膜の実質性腫瘍と嚢腫の比率は1対4位となつている。発生部位については第1表に示す如くで、腸管のどこにでも来得るが、

第 1 表

	Warfield	葛西・平野
Duodenum	1	0
Duodenojejunal juncture	2	0
Jejunum	14	15
Ileum	38	21
Small bowel (portion unknown)	6	2
Coecum and ascending colon	14	5
Transverse colon	13	0
Descending colon	5	0
Sigmoid	12	5
Colon (portion unknown)	6	1
Appendix	2	0
Gastro-hepatic mesentery	1	0
Unknown	15	19
Total	129	68

廻腸に最も多く、次で空腸で、上行結腸その他の間膜の短い部位にも相当数見出されている。

## 分類

古くより色々試みられているが大別すると、嚢腫内容に基くものと、発生原因に基くものがある。後者のうち、第2表に示す Neukirch<sup>9)</sup> の分類が最も広く用いられている標準的なものである。この中で淋巴系に関係したものが最も多く、腸間膜嚢腫といえは狭義にはリンパ嚢腫をさすとする人もある程である (Huzeilla)<sup>7)</sup> しかし上皮性被覆のものも相当多い様で Warfield はむしろ上皮性のものが多いと記載している。

本症例は先述の如く、内面は単層の立方乃至円柱上皮細胞であり、従つて腸嚢腫 (Enterocystome) 又は泌尿生殖系迷芽由来のものと考えられる。Block<sup>8)</sup> によれば腸嚢腫は腸管と位置的關係が密接である上、同系統の血管で給血されているので、腸管の血行を障碍する事なく

第2表 Cysten des Mesenteriums (Neukirch 1930)

- A. Echte Cysten
  1. Mesenterialcysten lymphatischer Ursprungs.
    - a) Stauungscysten.
    - b) Lymphangiome.
  2. Mesenterialcysten embryonalen, nicht lymphatischen Ursprungs.
    - a) Enterocystome.
    - b) Dermoide.
    - c) Cysten, entstanden von abgesprengten Keimen des Urogenitaltractus (Wolffscher Körper usw.)
- B. Parasitäre Cysten
- C. Cystoidbildungen
  - a) Blutcysten
  - b) Erweichungscysten
  - c) Venflüssigungscysten
  - d) Hydrops cysticus omenti

嚢腫のみを剔除する事が出来ず、従つて手術法に差異をきたすので、他種の嚢腫と区別する事が重要であると述べている。しかし本症例は Block のいう厚い壁を持つた腸管の全層を有する様なものでなく、主として結合織性の薄い壁のものであり、又腸管の血行を何等障碍する事なく、嚢腫のみの剔除に成功している。一方それかといつて Warfield<sup>9)</sup> の記載している primitive glomeruli の存在や、Niosi<sup>10)</sup> の述べた様な泌尿生殖系迷芽由来を思わせる積極的所見等も見出し得なかつたが、ただ本症例の嚢腫茎部が位置的に右腎の近傍にある事から、Dubs<sup>11)</sup> が泌尿生殖系由来と記載している漿液性嚢腫の概念に一致する可能性もある。

結局本症例については、リンパ系は否定し得たものの組織発生を確実に決定する事は不可能と思われる。

## 臨床症状

小さなものでは全く無症状だが、巨大なものでは主として周囲臓器の圧迫症状を呈する。しばしばあるのは腸の狭窄症状と腹痛で、特に嘔吐及び、下痢と便秘の交代を伴つた腹痛発作をくり返す事が重要である (Warfield)。腹痛は大抵臍部に限局している (Herbig)。腫瘍は球状、平滑、緊満性弾で波動を証し得る事もある。大抵移動性があり、時に腸間膜軸に一致する弧状の移動を示す事もある。結腸に生じた場

合には、移動性なく、早期に腸狭窄症状を来とし、打診上結腸に一致する鼓音帯を証するとされている。本症例では移動性はなかつたが、腸狭窄症状もなかつた。

本囊腫の尿路系に及ぼす影響については、系統的な記載はない様であるが、染膀胱鏡検査で腫瘍側のインデゴカルミン排泄遅延 (Neukirch, 林<sup>12)</sup>) や急性尿閉を伴った (Shorron & Wells<sup>13)</sup>) 症例などが文献上散見される。Schulte & Emmett (1939)<sup>14)</sup> は、腎及び脾原発を除く後腹膜腫瘍 40 例の中 29 例 (72.5%) に腎尿管の偏位を見たのに対し、脾に発したものではわずか 5.5% に偏位を見るのみと述べ、更に腹腔内腫瘍では一般に偏位を来さないが、時にこれが見られる場合として、肝の先天性肥大、胆嚢水腫、総胆管癌、脾腫大、結腸・小腸の腫瘍等と共に腸間膜の腫瘍を挙げている。

本囊腫は元来腹腔内のものであるが、本症例の様に上行結腸に発し、且つ巨大なものは勿論のこと、間膜の長い部位に発生したものであるも腸間膜根部に向つて發育する (Hellner)<sup>15)</sup> ので、やがては後腹膜腫瘍の性格を帯びて来るものと思われる。

合併症としては、イレウス、腹膜炎、囊腫内出血、囊腫破裂、囊腫軸捻転、骨盤内嵌入、等が記載されている。

#### 治療

勿論外科的に行う一般状態の悪い時などには穿刺排液法や Marsupialisation を行う事もあるが、根治的には本症例の如く、被覆腸間膜より剝離し Enukleation を行うのが最良である。穿孔性膿性で完全除去不能の場合は、切開し内容のドレナージをはかる。副損傷や

Block が云う様な腸管血行障碍の危険ある場合には、囊腫摘除とともに腸の部分切除を行わなくてはならない

#### 結 論

最近教室で経験した上部尿路に圧迫偏位を及ぼした腸間膜囊腫の症例を報告し、簡単に文献的考察を加えた。

(稿を終るに当り、終始御指導御校閲を賜つた恩師 稲田教授に深謝する。

なお本論文の要旨は昭和35年11月26日・日本泌尿器学会第10回関西地方会にて発表した)

#### 文 献

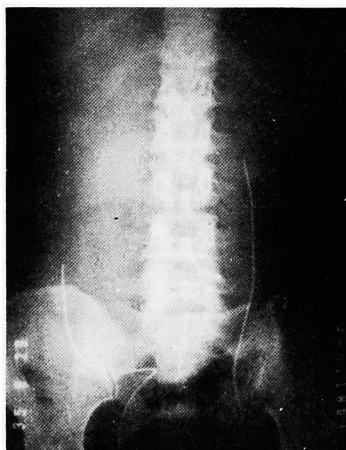
- 1) Szenes : Dtsch. Ztschr. chir., 144 : 228, 1918.
- 2) Judd : Proc. Staff Meet. Mayo Clinic,
- 3) Herbig : Langenbeck Archiv Dtsch. Chir., 280 294, 1954~55.
- 4) 松尾 : 満洲医誌, 21 : 183, 昭9.
- 5) 葛西・平野 : 外科の領域, 8(6) : 557, 昭35.
- 6) Neukirch : Langebeck Archiv. für Klin. Chir., 161 : 730, 1930.
- 7) Huzella : Virchows Arch. Bd. 233, s. 261, 1921.
- 8) Block : Ann. Surg., 128 : 158, 1948.
- 9) Warfield : Ann. Surg., 96 329, 1932.
- 10) Niosi : Virchows Arch., 190 : 217, 1907.
- 11) Dubs : Archiv. klin. Chir. 111 : 860, 1919.
- 12) 木林・他 : 外科の領域, 7 : 1232, 昭34.
- 13) Shorvon & Wells Lancet, 222 : 181, 1932.
- 14) Schulte & Emmett : J. Urol., 42 : 215, 1939.
- 15) Hellner ; Nissen u. Vosschulte : Lehrbuch der Chirurgie, s. 568, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.



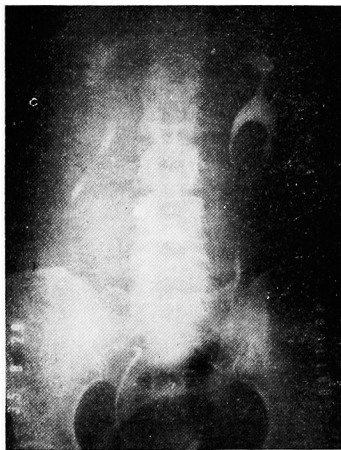
第3図. バリウム服用後24時間の腹部レ線像. Flexura hepatica は下内方に偏位している.



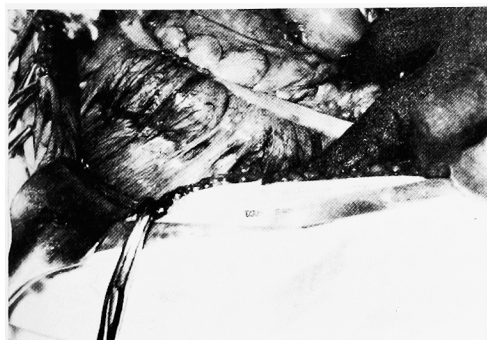
第4図. 76%ウログラフィン 20cc 静注後20分の排泄性尿路像. 腸ガス像著明なるも腫瘤側にガス像なし. 右軽度水腎及び右尿管側方偏位あり.



第5図. 尿管カテーテル法. 右尿管の偏位あり.



第6図. 逆行性腎盂尿管像. 右下腎杯の造影欠如及び右尿管の側方偏位を見る.



第7図. 手術所見. 上行結腸及びその背側の囊腫.



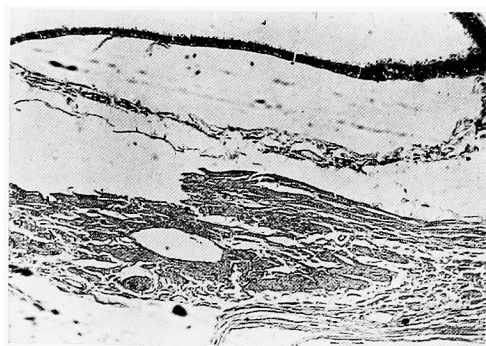
第8図. 間膜の切開剥離.



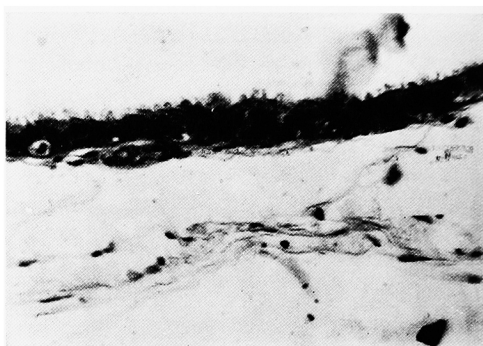
第9図. 間膜を完全に剥離し、間膜切開部より外へ出したところ。囊腫は結合織性の基部にて後腹膜に附いているのみ。



第10図. 摘出標本。



第11図. 囊腫壁組織標本。(×100) 絨毛を有する単層円柱上皮及びその外層の結合織。



第12図. (×400) 絨毛を有する単層円柱上皮。



第13図. (×400) 滑平筋を見る。